Deuxième Année N° 8 Novembre 1892

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France . . . . **10** fr. par an
Étranger . . . . **12** fr. —

PARIS

Vve BABÉ & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. ASTIER.
2. BLANC.
3. BONNIER.
4. BOUCHERON.
5. CARTAZ.
6. CHATELLIER.
7. DUPLAY.
8. GARNAULT.
9. GARRIGOU-DESARENES.
10. GELLÉ.
11. GILLE.
12. GOUGUENHEIM.
13. HERMET.
14. LADREIT de LACHARRIÈRE
15. LÉVI.
16. LŒWENBERG.
17. LUBET-BARBON.
18. LUC.
19. MARAGE.
20. MARTIN.
21. MÉNIÈRE.
22. MIOT.
23. POTIQUET.
24. REYNIER.
25. RUAULT.
26. SAINT-HILAIRE.

MEMBRE HONORAIRE :

MOURA-BOUROUILLOU

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1892

Président...........	CARTAZ.
Vice-Président.......	LŒWENBERG.
Secrétaire général...	SAINT-HILAIRE.
Secrétaire annuel....	MARAGE.
Trésorier...........	MÉNIÈRE.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr SAINT-HILAIRE, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 8 DEUXIÈME ANNÉE NOVEMBRE 1892.

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 1er Juillet 1892 (suite).

PRÉSIDENCE DE M. CARTAZ

Instruments pour l'ablation des néoplasmes laryngens de l'enfant par la méthode de l'intubaton avec tube fenêtré.

Par le Dr LICHTWITZ (de Bordeaux[1]).

Dans la séance du mois de mars de cette année, j'ai fait connaître à la Société de Laryngologie de Paris une nouvelle méthode : l'intubation avec tube fenêtré, qui m'a permis d'enlever par voie naturelle un grand nombre de papillomes à une petite fille chez laquelle l'intervention par voie artificielle semblait inévitable.

Les papillomes ayant récidivé, j'ai employé cette méthode dans plus de trente séances, et comme les néoplasmes avaient envahi petit à petit toute la surface du larynx, j'ai dû appliquer des tubes ayant la fenêtre dans tous les sens et à différente hauteur. De cette manière j'ai pu me renseigner sur la position que devait occuper la fenêtre pour correspondre aux différents sièges des papillomes, et en même temps étudier les meilleurs instruments qui me permissent d'enlever promptement les néoplasmes qui faisaient saillie à l'intérieur des tubes.

Au début avais pensé qu'il fallait un tube fenêtré spécial pour chacune des positions occupées par les néoplasmes, car je craignais que les tubes, en raison de leur rebord supérieur sailllant qui est biseauté sur les côtés et forme un angle en arrière, ne pussent être supportés que lorsque l'angle regarderait en arrière ; mais je n'ai pas tardé à me convaincre que les biseaux n'étaient pas nécessaires et que le même tube fenêtré pouvait servir aussi bien pour les tumeurs situées à droite que pour celles qui sont implantées à gauche, en avant ou en arrière, pourvu que la fenêtre correspondît comme hauteur et comme direction au siège des tumeurs.

Pour les tumeurs siégeant sur les aryténoïdes et sur la surface supérieure des bandes ventriculaires, au lieu de retirer légèrement le tube comme je l'ai indiqué d'abord, j'ai fait construire des tubes munis à leur partie supérieure d'un rebord saillant dont la hauteur est de 7 à 10 millimètres au lieu de 5 millimètres qu'on trouve sur les tubes ordinaires. Ce rebord sail'ant n'existe que sur les deux tiers environ de la circonférence du tube tandis que l'autre tiers est occupé par la fenêtre. De cette façon, l'épaisseur du rebord ne diminue pas la saillie des tumeurs en dedans du tube. A l'aide du tube que je vous présente, j'ai pu facilement enlever des papillomes siégeant sur les bandes ventriculaires et sur les aryténoïdes.

Pour enlever les papillonnes qui faisaient hernie dans le tube j'avais employé d'abord les pinces de Türck-Schrœtter et de Heymann, mais voyant qu'il fallait introduire ces pinces à plusieurs reprises avant d'avoir enlevé toute la masse saillante, j'ai fait construire deux instruments qui permettent d'enlever d'un seul coup et en une seule fois tous les méophasmes qui font saillie par la fentêre dans l'intérieur du tube.

Le premier instrument est une curette tranchante ayant exactement le même diamètre que le tube dont je me sers pour ma petite malade. Cette curette s'adapte par un pas de vis à un porte-instrument tubulaire quelconque à la place de la pince, de la guillotine ou de tout autre instrument laryngien. Elle peut ainsi être orientée dans tous les sens.

Elle m'a servi surtout quand les masses saillantes étaient d'un très gros volume.

L'autre instrument représente un gland creux coupé en deux moitiés, une moitié supérieure et une moitié intérieure qui s'écartent ou se rapprochent l'une de l'autre par le jeu de l'instrument.

La moitié iuférieure qui forme un panier, est fixée à l'extrémité d'une tige portant une rainure héliçoidale et a son bord supérieur tranchant. La moitié supérieure est attachée à la gaine d'un porte instrument tubulaire laryngien quelconque et son bord inférieur vient recouvrir le bord tranchant du panier quand les deux moitiés du gland sont rapprochées. Celles-ci sont munies de larges ouvertures pour le passage de l'air.

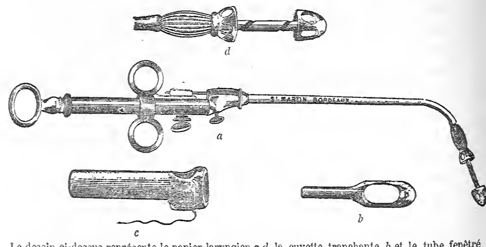
L'instrument est introduit fermé dans le tube et on fait descendre la moitié inférieure (le panier) jusqu'au-dessus du bord inférieur de la fenêtre. Pour cela avant d'introduire le tube on a réglé exactement sur l'instrument, le maximum d'écartement des deux moitiés du gland. On fait alors remonter le panier qui dans sa marche ascendante et en même temps rotatoire grâce à la rainure héliçoidale de la tige à laquelle il est attaché, tranche tout ce qui fait saillie dans le tube.

Ce « panier laryngien à rebord tranchant » peut être adapté à n'importe quel manche mais de préférence au manche à ressort de Stœrck.

Je dois encore signaler deux petites modifications que j'ai dû faire apporter à la construction des tubes dans lesquels on fait jouer le panier à rebord tranchant : D'abord, j'ai fait creuser à la partie supérieure du tube fenêtré une rainure circulaire dans laquelle vient s'emboîter le bord inférieur de la moitié supérieure du gland pour éviter que cette deuxième n'oscille pendant la marche ascendante et descendante du panier. Ensuite, j'ai été obligé de faire faire exactement cylindrique les deux tiers supérieurs du tube qui est habituellement légèrement conique dans toute sa longueur. De cette manière le panier glisse sans gêne de haut en bas et de bas en haut.

J'ai employé avec succès ce panier toutes les fois que la masse des néophasmes qui faisait saillie n'était pas trop volumineuse pour empêcher la descente du panier (1).

Je crois encore utile de mentionner qu'après avoir placé le tube fenêtré, on est parfois surpris de voir sortir par la fenêtre des masses papillomateuses beaucoup plus volumineuses que celles qu'on a vues auparavant au laryngoscope au même



Le dessin ci-dessus représente le panier laryngien *a d*, la cuvette tranchante *b* et le tube fenêtré *c* destiné pour l'ablation des papillomes implantés sur les bandes ventriculaires et les arytémoïdes.

niveau. Ce fait s'explique, à mon avis, par la pression du tube sur les parois du larynx, pression qui enuclée, en quelque sorte, les papillomes cachés au-dessous des bandes ventriculaires dans les ventricules de Morgagni. De plus, il est à noter que les deux instruments que j'ai décrits plus haut, la curette et le panier, mais notamment ce dernier, tranchent non seulement ce qui déborde le niveau de la fenêtre, mais agissent aussi par arrachement car souvent les parties enlevées étaient de beaucoup plus volumineuses que celles qu'on voyait auparavantfaire saillie par la fenêtre.

---

(1) On peut se procurer des tubes pénétrés ainsi que la curette laryngée demi-cylindrique et le panier laryngien à rebord tranchant chez M. Saint-Martin (116, cours d'Alsace et Lorraine, à Bordeaux), qui les a construits selon mes indications. Il est important d'indiquer l'âge de l'enfant chez lequel on veut employer les tubes ainsi que les instruments.

Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs.

par MM. Sabrazès et Frèche.

I

Les laryngologistes désignent sous le nom de *nodules des chanteurs* des saillies blanchâtres, bien limitées, du volume d'un grain de millet ou plus petites encore et à peine visibles, localisées plus particulièrement à l'union du tiers antérieur au tiers moyen du bord libre des cordes vocales inférieures. Ces productions, pédiculées ou sessiles sont assez régulièrement arrondies ; leur surface habituellement lisse peut être dentelée et comme frangée. Il existe sur un même malade tantôt un seul nodule, tantôt deux, un de chaque côté, en des points exactement symétri ques. Ils surviennent, le plus souvent, à titre de complication au cours des laryngites chroniques, chez les sujets qui abusent de la voix, et s'accompagnent de troubles fonctionnels d'une interprétation difficile parmi lesquels il convient de mentionner la parésie des constricteurs. Cette parésie disparaît parfois immédiatement après l'ablation des nodules. Ceux-ci peuvent guérir spontanément ou rester stationnaires pendant des années.

Si l'étude clinique de ces tumeurs a suscité de nombreux travaux, il n'en est pas de même de leur étude histologique. Les opinions émises relativement à leur structure ne reposent que sur un petit très nombre de faits.

M. le Dr Lichtwitz en mettant généreusement à notre disposition des pièces qui proviennent de sa clientèle privée et de sa Clinique nous a permis d'apporter qnelques éléments nouveaux à la solution du problème. Nous ue sanrions trop le remercier d'avoir bien voulu faciliter nos recherches et nous engager à les publier.

Après un exposé sommaire des observations cliniques nous aborderons l'étude histologique des modules enlevés et nous comparerons nos descriptions microscopiques à celles qui ont fait l'objet de récentes publications.

Observation I. — Sœur M. J., 32 ans, institutrice. — Le début de l'affection remonte à 4 ans environ. Depuis cette époque, la voix s'éteint progressivement : chrque soir, après la classe, l'enrouement s'exagère ; il s'accentue aussi tous les mois à l'occasion des meustrues.

En août dernier, fin de l'année scolaire, aphonie presque complète.

Examen laryngoscopique : On voit denx nodules, de la grosseur d'un grain de mil, implantés sur le tiers antérieur du bord libre des cordes ; celles-ci présentent de plus un épaississement diffus au niveau des points d'implantation : elles sont notablement parésiées et atteintes d'inflammation catarrhale.

Il n'existe aucun signe d'affection broncho-pulmonaire.

Dans le courant du mois d'octobre, M. le Dr Lichtwitz enlève les deux nodules et constate immédiatement après l'ablation que la voix est devenue beaucoup plus claire. L'amélioration va s'accentuant malgré la persistance des épaississements diffus et de l'état catarrhal.

A la date du 20 mai, il ne reste plus qu'une légère rancité de la voix due à l'epaississement des cordes.

Observation II. — Mme P., 31 ans, cigarière. — Vers l'âge de 18 ans, la malade a été atteinte d'une laryngite qui a guéri sans laisser de traces.

Il y a 4 ans, bronchite qui nécessite l'alitement pendant un mois et qui est suivie d'une extinction progressive de la voix. Le médecin traitant soupçonnant la tuberculose laryngée prescrit de l'huile de foie de morue et des fumigations.

En mars 1891, la malade est complétement aphone.

Examen laryngoscopique : on voit deux petites tumeurs arrondies, blanches, de la grosseur d'un grain de chènevis, occupant le bord libre des deux cordes vocales, vers la partie moyenne environ. Pas de lésions de laryngite catarrhale. Parésie des constricteurs surtout accentuée après un examen prolongé.

L'ablation des deux nodules est pratiquée par M. le Dr Lichtwitz, le 25 mars 1891, à l'aide d'une pince coupante. Immédiatement après l'intervention, la parésie disparaît et par suite l'aphonie. La guérison peut être considérée comme définitive; la malade qui est revue le 4 avril 1892 a une voix très claire et ne porte pas de trace de la lésion première.

Observation III. — Sœur M., 26 ans, institutrice. — La malade, depuis longtemps sujette à des enrouements passagers ne peut actuellement presque plus faire la classe. Dès qu'elle parle ou qu'elle lit à haute voix, elle éprouve une sensation de gêne dans la gorge qui lui cause une lassitude générale.

L'usage prolongé de la parole aboutit à l'aphonie complète.

Examen laryngoscopique, 4 février 1892. — On constate au milieu du bord libre de la corde vocale gauche, une petite saillie blanchâtre, de la grosseur d'un grain de chènevis, à surface régulièrement lisse. Au même niveau existe, sur la corde vocale opposée, un léger épaississement à peine perceptible. Les cordes vocales sont nacrées et ne présentent pas la moindre trace d'état catarrhal; elles arrivent au contact pendant la phonation autant que le permet le nodule; mais si on prolonge l'examen, les cordes ne se rapprochent plus compèltement. L'enrouement est dû en grande partie à la parésie des constructeurs; tant que la malade, en effet, réussit à rapprocher ses cordes, la voix est assez claire.

Le 25 février, après cocaïnisation, le De Lichtwitz enlève la petite saillie à l'aide de la pince coupante de Heymann. Immédiatement après l'ablation du nodule, la parésie des constricteurs disparaît et la voix redevient normale.

Le 31 mars, on ne trouve plus que le léger épaississement de la corde vocale droite : à gauche, il ne reste aucune trace du nodule. L'exercice de la voix n'entraîne plus la moindre fatigue.

II

Nous n'avons pu examiner, pour chaque cas, qu'un seul des nodules enlevés.

Premier nodule (Obs. I). — Il a le volume d'un grain de millet. Après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine, des coupes en série sont pratiquées au microtome mécanique. Elles mesurent un millimètre suivant leur longueur, un demi-millimètre dans le sens de leur largeur.

La tumeur est constituée par l'épithélium épaissi et par le chorion.

L'épithélium présente :

1° A la périphérie, après coloration au carmin, une bordure jaunâtre dont l'épaisseur varie de 8 à 20 ^{mikra} et qui est formée lamelles épidermiques kératinisées dont la séparation est rendue manifeste par des traînées roses légèrement ondulées ;

2° Au-dessous, on voit une zone d'épithélium pavimenteux vivement coloré par le carmin en rouge vif, dont l'épaisseur oscille entre 24 et 80 ^{mikra}. Cette couche est représentée par des cellules plates, tassées les unes contre les autres, très nettement nucléées, disposées en 4 à 6 rangées. On ne constate pas dans leur intérieur de granulations d'éléïdine ;

3° Plus bas, des cellules losangiques, et, plus profondément, polyédriques, colorées en rose; pâle les noyaux bien apparents sur les préparations à l'éosine hématoxylique sont de forme très irrégulière ; les uns sont allongés dans le sens transversal, les autres étranglés au centre, d'autres enfin disposés en asters. Cette dernière disposition qu'il est facile d'étudier à un fort grossissement (Obj. 8,00 $^{m}/_{m}$., Oc. 8 Zeiss) domine dans les préparations : l'épaisseur maxima de cette région est de 320 ^{mikra}.

Sur une coupe, on remarque, au milieu des stratifications de cellules polyédriques, un espace arrondi d'un diamètre de 24^{mikra}, tapissé par un épithelium semblable à celui des couches profondes de la muqueuse. Cet espace résulte, ainsi qu'en témoignent les cellules conjonctives qui entrent dans sa constitution, de la coupe transversale d'un prolongement dermique. On compte jusqu'à seize rangées de cellules polyédriques dans les parties les plus épaissies. Celles-ci dont la substance cimentante apparaît très nettement après coloration à l'éosine hématoxilique, sont immédiatement en contact réunies par leurs filaments d'union et forme une mosaïque régulière ; elles reposent :



Fig. 1 (Verick obj. 2, oc. 3).

Coupe du premier nodule : on y voit régulièrement étagées les diverses couches de l'épithélium épaisse ; à la périphérie, bordure de lamelles cornées ; au-dessous, zone de cellules plates nettement uucléées : plns de bas, cellules losangiques, polyédriques, cylindriques. La memqrane basale forme un liseré rose pâle entre l'épithélium et les saillies dermiques d'aspect papillaire.

4° Sur deux assises de cellules cylindriques dans l'intervalle desquelles une exploration minutieuse ne décèle pas de cellules migratrices.

5° On trouve enfin la membrane basale colorée en rose, qui mesure 16 ^{mikra}.

Le chorion a, sur deux coupes, une épaisseur d'environ 3 dixièmes de millimètre. Il est représenté par un tissu connectif jeune, coloré en rose, dépourvu de faisceaux fibreux apparents, traversé de nombreuses lacunes, parsemé de cellules conjonctives d'une longueur de 8 à 12^{mikra}. Au-dessous de la membrane

basale sont quelques cellules rondes, à type embryonnaire, non disposées en amas. On ne voit pas de vaisseaux dans la trame du chorion muqueux qui forme des prolongements d'aspect papillaire sur lesqnels se moulent les ondulations de l'épithélium.

On note trois de ces pseudo papilles dans deux coupes; leur hauteur est de 16 à 32 centièmes de millimètre, leur largeur de 8 à 20 centièmes de millimètre.

La plupart des coupes ne contiennent que les diverses couches de l'épithélium proliféré qui affecte la même distribution et les mêmes caractères que ci-dessus, sans trace de chorion. Sur quelques-unes, la couche cornée mesure jusqu'à 80 mikra.

Nous avons donc affaire à un épaississement de l'épithélium parimenteux stratifié de la corde vocale, épithélium dont les prolongements ont isolé, dans la profondeur du chorion lui-même [hypertrophié, des apparences papillaires dénuées de vaisseaux.

Il n'existe ni globes épidermiques, ni culs-de-sacs glandulaires, ni follicules clos en aucun point des préparations.

Deuxième nodule. — Les coupes en série ont été faites dans le sens du plus grand diamètre après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine.

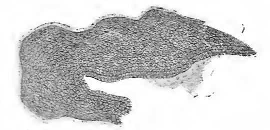


Fig. 2.

Le deuxième nodulé est en grande partie constitué psr des rangées parallèles de cellules polyédriques, disposées en mosaique régulière; le chorion y est à peine représenté.

Le nodule est constitué par l'épithélium proliféré; les couches parimenteuses sont cependant normales. La prolifération semble

avoir porté sur les cellules polyédriques qui forment une vingtaines de rangées parallèles. Pas d'éléïdine, pas de cellules migratrices. L'épaisseur oscille entre 31 et 40 centièmes de millimètre. Il n'y a dans les coupes qu'une trace de chorion muqueux coloré en rouge violacé par l'éosine hématoxylique, au milieu duquel on aperçoit de nombreuses cellules plates coupées obliquement. Il n'existe dans ces préparations ni vaisseaux, ni glandes, ni follicules clos, ni apparences papillaires, ni cellules géantes.

Il s'agit donc d'un processus hyperplasique de la muqueuse, limité à la zône des cellules polyédriques.

Troisième nodule. — Il avait le volume d'un grain de chènevis. Après fixation par l'alcool absolu, coloration en masse par le picro-carmin, inclusion dans la paraffine, des coupes en série sont pratiquées au microtome de Viallanes. Ces coupes sont ovalaires et mesurent un millimètre et demi dans le sens du plus grand diamètre, un millimètre dans le sens du plus petit.

Première série de coupes (32). — On distingue à l'œil nu, sur des coupes au 1/100e de millimètre un épaississement qui se détache en rouge vif sur un fond rosé.

L'examen microscopique montre, en allant de la périphérie au centre :

1° Un épithélium pavimenteux stratifié dénué d'ondulations papillaires, mais présentant, sur trois points bien limités, des épaississements considérables.

(*a*) Le premier épaississement a une largeur de 480 ^{mikra} et une profondeur de 440 ^{mikra} ;

(*b*) Le deuxième, une largeur de 100 ^{mikra} et une profondeur de 240 ^{mikra} ;

(*c*) Le troisième, une largeur de 320 ^{mikra} et une profondeur de 200 ^{mikra}.

Ces épaississements résultent d'une augmentation considérable des couches de cellules polyédriques et cylindriques. Les

parties excentriques de la muqueuse sont constituées par les assises normales de cellules plates. Au niveau des couches polyédriques, la substance cimentante est très marquée; les noyaux, volumineux, bien colorés par le carmin, présentent des figures de karyokinèse.

On compte jusqu'à quinze couches de cellules polyédriques superposée adjacentes et quatre à cinq rangées de cellules cylindriques intimement reliées les unes aux autres par une substance cimentante et des filament d'union d'une netteté parfaite à une fort grossissement, sans interposition de cellules migratrices. Dans ces coupes, très régulières, les transitions sont parfaitement ménagées entre les cellules plates et losangiques de la périphérie et les cellules profondes. Il y a incontestablement à ce niveau une hypertrophie considérable de la muqueuse. La membrane basale a son aspect normal. Le chorion est constitué par des cellules fusiformes à prolongements bipolaires que l'on peut suivre parfois sur une étendue de 60 ^{mikra}, puis par des cellules rondes, irrégulièrement disséminées, non cohérentes ; enfin, par une substance intermédiaire, teintée en rose pâle par le carmin, nettement fibrillaire, mais qui n'offre pas néanmoins la texture du tissu fibreux adulte. Cette couche est très pauvre en vaisseaux. Dans la profondeur de la coupe on voit quelques rares lacis de fibres élastiques. Une recherche minutieuse ne parvient à faire découvrir ni follicules clos ni éléments glandulaires. Ce chorion est traversé d'espaces clairs, sensiblement parallèles à l'épithélium, de forme très irrégulière ; sur leurs parois font saillie des cellules du tissu lamineux.

On ne saurait décriredans ces préparations un véritable corps papillaire. Cette dénomination convient-elle, en effet, aux portions dermiques qui bordent latéralement les parties hypertrophiées de l'épithélium ? Nous ne le pensons pas. On ne voit pas là le vaisseau sanguin si caractéristique de la papille ; de plus, on peut suivre sur une étendue de 8 dixièmes de millimètre la muqueuse restée saine, coupée normalement à sa

surface, ainsi que le démontrent les stratifications régulières des cellules et qui ne présente aucune sinuosité déterminée par des papilles.

Deuxième série (32 coupes au 1/100e de millimètre). — Mêmes constatations que ci dessus. Les prolongements épithéliaux sont beaucoup plus accentués (l'un d'eux se chiffre par douze dixièmes de millimètres). Dans leur intimité on voit quelques sections transversales ou obliques de saillies dermiques emprisonnées au milieu des boudins épithéliaux. Pas de vaisseaux apparents dans ces coupes.

Troisième série. — (18 coupes au 1/100 de m/m). — Il existe trois épaississements marqués de l'épithélium répondant à ceux que

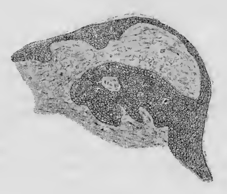


Fig. 3 (Verick obj. 2, oc. 3)

Cette coupe montre trois épaississements épithéliaux qui résultent d'une hyperplasie des cellules polyédriques et cylindriques. Le chorion fibro-élastique dépourvu de vaisseaux en ce point ne présente pas d'ondulations papillaires bien marquées sur les parties restées saines de la muqueuse.

nous avons longuement décrits. Le chorion offre les caractères sus-indiqués; on y trouve toutefois la section oblique d'un vaisseau dont la structure est normale et qui est rempli d'une nappe jaune de globules sanguins. Ce vaisseau dont le diamètre est de 48mikra est le seul que nous ayons rencontré en parcourant les diverses séries des coupes.

Ici encore nous sommes en présence d'hypertrophies limitées de l'épithélium qui a conservé ses caractères typiques. Le chorion fibro-élastique, épaissi est notablement moins riche en vaisseaux que normalement.

III

Ces résultats méritent d'être rapprochés de ceux obtenus par Kanthack et publiés par lui dans le *Monaschrift für Ohrenheilkunde* (1889). Il a examiné trois nodules de chanteurs (1). Dans le premier cas, il a noté une hyperplasie simple de l'épithelium et du tissu fibro-élastique; la surface muqueuse était inégale, ondulée, hyperkeratosée et envoyait des prolongements dans la profondeur du chorion.

Dans le second cas, l'épithélium non épaissi, kératinisé, était hérissé d'elevures analogues aux papilles de la langue, mais plus petites. Des saillies papilliformes apparaissaient sur la corde vocale autour du nodule; il y avait en outre une infiltration embryonnaire notable du chorion, immédiatement au dessous de la membrane basale. Les amas épaissis de fibres élastiques étaient par places distendus par les cellules rondes intercalées; dans la trame du nodule se trouvaient deux ou trois fentes remplies, sur le vivant, d'un liquide probablement séreux.

Dans le troisiéme cas, on constatait une hyperplasie considérable de l'épithélium dont les couches supérieures étaient cornées et dont les prolongements limitaient, dans l'épaisseur du derme des papilles bien développées, mais le plus souvent dépourvues de vaisseaux et constituées par un stroma mucoïde riche en cellules rondes. Kanthack déclare qu'il n'a jamais trouvé de glandes dans ces diverses coupes.

---

(1) L'auteur en fait une description histologique assez brève et dépourvue de figures.

Telle n'est pas l'opinion de Frænkel (1). Cet auteur, en effet, attribue aux nodules des chanteurs une origine glandulaire.

Si nous consultons les travaux relatifs à la muqueuse du larynx, la thèse de M. le professeur Coyne (2), par exemple, nous y voyons qu'on ne rencontre pas de glandes vers le bord libre de la corde vocale inférieure; « les canaux excreteurs de celles qui avoisinent le plus cette région viennent se terminer, soit dans le ventricule du larynx, avant le point où apparaissent les papilles, soit dans la portion sous-glottique, à l'endroit où ces mêmes papilles cessent d'exister. » Il y a un groupe glandulaire sur la face supérieure de la corde vocale inférieure; son canal excreteur s'ouvre près du bord libre qu'il arrose. On en rencontre un autre dans la région sous-papillaire de la même corde vocale.

Kanthack (3) a confirmé cette opinion; pour lui les glandes des cordes vocales inférieures sont simplement avoisinantes et siègent au niveau des apophyses vocales.

Nous même avons vérifié la réalité de ces dispositions anatomiques sur de nombreuses coupes en série dans lesquelles nous retrouvions, en outre, la région papillaire révoquée en doute par Kanthack, avec ses vaisseaux si régulièrement distribués.

Les recherches d'histologie normale et pathologique nous autorisent à penser que les nodules des chanteurs ne sauraient être rattachés à une tuméfaction des glandes gothiques.

D'après Stœrck (4) les nodules sont formés le plus souvent de tissu conjonctif, de fibres élastiques et d'un éphithélium

---

(1) Frænkel. Berlin. Klin. Woch., p. 941, 28 octobre 1889.

(2) Coyne. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx, etc. Th. de Paris, 1874.

(3) Kanthack. Studieu über die Histologie der Larynxscheimhaut, Virchow's Archir. B. 118, p. 136. 1889.

(4) Cité par Wagnier, de Lille. — Des nodules des cordes vocales. — *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1888.

parimenteux proliféré; la muqueuse ne conserverait que très rarement sa tenture normale. Cette affirmation manquait, lorsqu'el'e fut formulée de pièces justificatives.

Schrœtter (1) croit qu'il s'agit de lésions variables dont la nature est d'autant plus douteuse qu'il n'existe pas de recherches anatomiques suffisantes pour entraîner la conviction. Sans doute il s'agit souvent de proliforations circonscrites de lépithelium; dans d'autres cas d'une hypertrophie des papilles sans qu'on puisse parler de papillonnes puisqu'on n'a jamais vu les nodules récidiver.

Doit-on rapprocher ces nodules de l'affection dénommée par Türck (2 Chordilis tuberosa ou tharchoma des cordes vocales et qui consiste en un éeaississement rugueux produit par de petites tumeurs confluentes résultant elles-mêmes d'une hyperplasie conjonctive du chorion et de modifications subies par l'épithélium?

Morell-Mackensie (3) a rencontré chez les chanteurs quelques cas très tenaces de cette dernière affection. En général un traitement prolongé par les remèdes locaux fortement atringents (perchlorure de fer 8/30) ou caustiques (nitrate d'argent en 4/30) peut assurer la guérison.

M. Wagnier (ç) tend à considérer les nodules des chanteurs comme une forme bénigne et localisée de cette dernière lésion.

Des examens microscopiques comparés sont nécessaires pour accréditer cette opinion qui, jusqu'à plus ample informé, doit être considéré comme purement hypothétique.

En résumé, les nodules des chanteurs sont constitués histologiquemeut par des hypertrophies limitées de i'épithélium et du chorion muqueux.

---

(1) Schrœtter. — *Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Lufthræ re, etc.* 2e fasc., 1887 et 5e fasc., 1891.

(2) Türck. — *Klinik der Krankh des Kchlkopfes, etc.*, Wien, 1866.

(3) Morell-Mackensie. — *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, traduit par Moure et Bertier.*

(4) Wagnier. Loc. cit.

Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires, ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kéralinisation en excès soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques : tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies d'apparence papillaire. Le plus souvent l'épithélium et le chorion participent à l'épaississement; celui-ci est d'autant plus appréciable que le revêtement muqueux du bord libre des cordes vocales est normalement extrêmement mince puisqu'il mesure à peine, d'après Heymann (1) de 23 à 26 p.

Séance du 4 novembre 1892

Présidence de M. Cartaz.

Trois faits de troubles de l'ouïe liés à une névropathie

Par le docteur Gellé.

J'ai annoncé trois faits, j'en aurais pu donner davantage : Ceux que j'ai choisis offrent comme grossis et amplifiés à dessein les traits spéciaux à la forme clinique de la surdité dont je veux occuper la Société.

Dans un cas, la surdité est intense; la sclérose indiscutable date de loin; les accidents graves sont récents; et cependant ils offrent le cachet auriculaire précis; un phénomène pathologique nouveau a causé un ébranlement fâcheux dans la fonction labyrinthique déjà atteinte.

Dans un autre cas, l'audition, excellente d'ailleurs, subit des oscillations remarquables sous l'influence d'états nerveux variables, dont la succession se trahit nettement par les variations de la courbe de l'ouïe.

Le troisième fait offre un exemple peu commun d'une excitabilité étrange des centres réflèxes, et de la sensibilité des teguments auriculaires et nasaux.

---

(1) Heymann. — *Beitrag zur Kennfnis des Epithels und der Drüsen des menschlichen Kehlkopfes im gesunden und im kranken Zustande.* — (Werchoi's Archiv Band. 118, 2, 1889).

Dans les trois cas, qu'il y ait lésion évidente ou faible de l'organe auditif, celui-ci est secondairement frappé et réagit avec une activité anormale causant les accidents les plus sérieux; mais le point de départ de ces excitations insolites est tout à fait en dehors des oreilles et l'étiologie plus générale.

OBSERVATION N° 1.

Otite catarrhale; spasmes laryngés, éternuments suivis de chute après le humage : guérison.

H., 46 ans, profession active, atteint de bourdonnements d'oreilles depuis vingt ans, est sujet au coryza et aux névralgies faciales.

Depuis un mois (29 janvier), douleurs vives au sommet de la tête et flux nasal énorme; d'ordinaire, le malade salit trois mouchoirs par jour; tousse facilement et davantage chaque hiver. La toux lui casse la tête, et lui donne des bourdonnements; il est aussi bien plus sourd l'hiver, au moment de ses douleurs et de ses poussées catarrhales. Actuellement, il fait répéter, et il a l'air étonné des sourds. Au moment de ces rhumes, il est tourmenté par des éternuments violents, incessants, et il se mouche à chaque instant.

La montre est perçue au contact à droite, et non à gauche; sur le crâne, nulle perception. Le D.-V. est central et plus fort perçu que par l'air des deux côtés. Les pressions sont positives, mais le son du D.-V. s'éteint à chaque coup; les réflexes binauriculaires manquent. Les tympans sont scléreux, opaques, enfoncés, sans triangle; les deux trompes sont imperméables actuellement. Le pharynx est réduit par le gonflement de la muqueuse, sèche, cramoisie, et tendue, formant deux replis latéraux épais. Rhinite hypertrophique, sans exsudat adhérent; sécrétion aqueuse, rarement épaisse et colorée.

(Fumigations phéniquées, huile de menthol en instillations; potion thérébentinée et bromurée, le soir.)

Le 14 février, la montre est entendue à 9 centimètres, mais les névralgies redoublent et la sécretion nasale est excessive;

enchiffrénement et éternuements. (Sulf. quinine.) Badigeonnages à la cocaïne; humages d'eau salée (sulfate de soude et sel de cuisine, de chaque 2 grammes par eau bouillie 250 grammes).

Le 7 avril. Le malade a refusé les fumigations, et ne peut supporter les humages qui l'étourdissent; intolérance et refus des soins topiques.

Ces jours-ci, il a été soudain pris d'un violent éternument au moment où il essayait un humage, et aussitôt il a été jeté à la renverse par un étourdissement, avec douleurs vives de lumbago, sans perdre connaissance. Son lumbago l'a tenu huit jours au lit. Depuis lors, sans humages, il a été pris de plusieurs éternuments successifs; et au troisième, il a été précipité à terre sans perte de connaissance. Sa face est vultueuse, congestionnée; de plus le Politzer, que j'exécute, cause un accès de toux suffocante. L'inspection du tympan avec le speculum plein est impossible; le contact, non douloureux cependant, de l'instrument, et malgré la bonne volonté évidente du sujet, provoque une toux spasmodique, un spasme glottique, avec aphonie presque complète; puis la voix sort enrouée, sourde, et la respiration devient sifflante et difficile! — La fumée, la poussière lui causent les mêmes crises laryngées spamodiques. Cependant, l'air a pénétré avec le Politzer sans causer de vertige; aussitôt la montre est perçue à 20 centimètres à droite et à 15 centimètres à gauche.

J'apprends que le père du malade était asthmatique; mais celui-ci n'a jamais jusqu'ici souffert que de ces bronchites, avec coryza et éternuements rebelles et violents; cependant il n'a jamais été secoué comme cette fois-ci.

L'intolérance de la muqueuse nasale empêchait toute insufflation de poudre, tout badigeonnage et les irrigations; les fulmigations calmantes et narcotiques même, provoquaient des crises violentes d'éternuments. Cependant, grâce au traitement ioduré, à l'usage du lait, au régime sévère, et à l'application des topiques huileux, le calme est revenu; le dégagement des narines s'est produit lentement; puis, avec le Politzer, peu à peu l'audition s'est améliorée à droite surtout où l'audition de la montre a pu

atteindre 30 centimètres. J'ai reçu des nouvelles du sujet par son médecin, et les accidents n'ont pas reparu.

Le sujet est couvreur, et au dire du médecin de la famille, il n'aurait pas d'habitudes alcooliques; mais cela est discutable.

L'hérédité paternelle de l'asthme suffit-elle pour expliquer une pareille ataxie réflexe! Il ne s'agit pas seulement en effet ici d'une sensibilité anormale de la muqueuse nasale, on a vu que l'application du spéculum auris provoquait instantanément une crise de strangulation et d'aphonie. Le fond sur lequel se greffe cet état d'hypenosthésie est un état catarhal revenant chaque hiver, et qui, cette fois, a été plus intense sur les muqueuses du nez et de la gorge, et a envahi les oreilles. Evidemment ici il existe un état névropathique caractérisé par une violente exagération des reflexes et de la sensibilité des surfaces muqueuses; mais la coïncidence de ces bronchites et rhinites avec flux à répétition montre à mon sens que c'est plutôt à l'excès de sensibilité des muqueuses aériennes, héréditaire chez ce malade, qu'il faut rapporter l'ataxie réflèxe; le foyer central ne paraît pas devoir être primitivement atteint; la convalescence du malade semble le démontrer égalemeut.

L'observation qui précède montre, dans le cours d'une affection auriculaire chronique, les accidents nerveux les plus caractéristiques d'une névrose des voies aériennes chez un arthritique.

Dans l'observation suivante, les troubles nerveux aussi sérieux ont leur point de départ sur une autre zône du pneumogastrique; l'affection auriculaire est là aussi, présente, et cause prochaine des troubles nerveux de l'équilibre, mais c'est de l'estomac et de l'appareil digestif que partent les excitations premières; et si l'appareil symptômatique est analogue, les prodrômes en sont exclusivement intestinaux.

OBSERVATION II.

Surdité, vertige de Menière; dyspepsie, constipation arthritiques : vertige provoqué par la mastication. — Guérison.

Ce malade, très intelligent et éclairé, a souffert pendant dix-huit mois de vertige avec surdité gauche et sensation de batte-

ments pulsatiles de ce côté. Il a été soigné comme atteint du vertige *a stomacho læso*, sans succès.

La surdité date de seize ans; mais les battements sonores ne le tourmentent que depuis six années; les vertiges ne datent que de dix-huit mois. Cette marche de l'affection est absolument digne de remarque, le vertige auriculaire ayant une évolution le plus souvent inverse, mais ici à l'affection otique s'ajoute d'autres éléments pathologiques prédominants, mais qui ont un retentissement évident sur l'oreille. La sclerose est admise à gauche, et l'ankylose de l'étrier claire.

D. V. perçu moins que par l'air à droite.

D. V. perçu plus que par l'air à gauche.

D. par l'air à peine à gauche.

D. V. éteint perçu encore à droite, et non à gauche; D. V. non mobilisé par l'occlusion.

M. = 10 c. à droite et bien perçue sur le front; non sur la mastoïde.

M. à gauche = 0.

Pressions positives à droite; négatives à gauche; réflexes = 0; pas de vertige provoqué.

Muqueuse du pharynx atrophie; granulations autrefois.

Le vertige s'accompagne de tournoiements, et quelquefois, mais rarement de nausées et de vomissements.

Vertige au moindre mouvement de la tête, d'une durée de quelques minutes, laissant à sa suite une grande lassitude et la tête vide. Le matin, au réveil, le malade titube; le sentiment de défaillance diminue au milieu du jour.

Vertige au lever, dans le décubitur latéral et dans les efforts de défécation; le tapage de la rue l'accroît. Mais le phénomène le plus étrange, c'est l'apparition du vertige dès que le malade veut serrer les mâchoires et mastiquer; l'accès vertigineux formidable se produit aussitôt; le malade doit cesser de mâcher. Il en est résulté une situation des plus pénibles; l'alimentation était rendue impossible.

Si l'on interroge le sujet, on apprend que tout effort musculaire, tout travail intellectuel, l'écriture, la lecture même, sont aussi bien l'occasion d'accès vertigineux. Aussi toute occupation, toutes les affaires ont dû depuis lors être supprimées : plus de

clientèle, plus de conversation, isolément forcé : le malade n'ose sortir seul ; il a de l'agaropholie.

Et cependant le sujet va mieux, au moment où je l'examine; car il a pu venir à Paris; il y a deux mois, il m'avait fait écrire par un ami que cela lui était encore impossible. Il est clair qu'un état neurasthénique grave s'ajoute à l'affection auricuculaire; celle-ci est nette, car l'oreille, qui reste encore active, s'affaiblit rapidement depuis ces accès vertigineux. Cependant, on peut causer sans fatigue avec le malade, quand on se place à sa droite.

Fait important : Depuis le début de ces crises, la digestion a toujours été difficile; il y a une pneumatose stomacale et intestinale énorme après les repas; et c'est la cause fréquente du malaise. Souvent aussi ceux-ci apparaissent quand l'estomac est vide, s'il y a de la gastralgie, une émotion, etc.

Un an après, le malade me revient, tourmenté de sa surdité qui progresse, de ses bruits qui ne le quittent pas, mais plus stable sur ses jambes, plus gai et moins vertiginé surtout.

Il n'a plus d'accès maintenant; puis, son estomac est meilleur; ses digestions ne le font plus souffrir, il mange sans terreur; ses garde-robes sont régulières; il sort, et s'occupe quelque peu de ses affaires.

Avec la poire, l'air passe à droite sans rien modifier. A voix haute et de face, on peut causer assez bien avec le malade.

Le patient avoue n'avoir voulu suivre aucun traitement ni local, ni général de son vertige. C'est par le repos, la cessation des affaires, l'isolement, le calme d'un séjour à la campagne, qu'il a combattu son mal. Cela a duré deux ans. Aujourd'hui crises vertigineuses et état neurasthénique ont disparu, mais l'affection otique a marché; progressivement, lentement, l'oreille s'est affaiblie; elle est le siége de bourdonnements constants. La surdité témoigne trop clairement de la participation du labyrinthe aux troubles vertigineux et autres : le labyrinthisme, la névrose du labyrinthe s'accompagnent le plus souvent de ces états de malaise nerveux généraux; les troubles de l'estomac et la neurasthénie attirent l'attention du médecin et du malade; celui-ci, peu à peu devenu sourd par les progrès du mal, s'occupe enfin de l'organe de l'ouïe : mais il n'est plus temps.

La provocation des vertiges par la mastication s'explique par l'action synergique du tenseur tympanique. Il est peu commun d'observer un effet aussi caractérisé de la mastication, bien que le vertige reconnaisse souvent cette cause entr'autres, comme la déglutition, les pressions, etc.; ici le malade doit pendant plusieurs semaines s'alimenter de liquides seulement pour éviter l'accès redoutable.

Cette observation montre une fois de plus combien les affections de l'estomac et les états névropathiques retentissent sur l'organe labyrinthique de l'oreille atteinte de sclérose ou en évolution scléreuse.

L'étiologie première de toute cette série de souffrances s'explique ici par de grands chagrins. C'est dans ces conditions qu'apparaît le labyrinthism, état de souffrances complexe, où se mêle aux malaises de la neurasthénie tout le syndrôme auriculaire : la surdité, les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, l'hypéracousie, les nausées et les vomissements, l'instabilité permanente, l'incapacité intellectuelle, l'abaissement des facultés mentales, l'épuisement des forces et l'affaiblissement de la mémoire : tous symptômes cruellement ressentis par notre distingué malade.

L'hérédité nerveuse et l'origine arthritique sont également notées dans cette observation.

Le troisième fait est aussi un type dans un autre genre, où l'élément névropathique s'ajoute à l'état morbide auriculaire et lui donne une allure particulièrement intéressante. Je le résume en quelques lignes.

OBSERVATION III

Madame X***, 30 ans, sèche, maigre, nerveuse, impressionnable, a été, à la suite d'une couche, assez gravement malade; il lui en est resté un bourdonnement d'oreille à gauche, et un léger abaissement de l'ouïe, prétend-elle. Elle entend la parole très facilement et très nettement à toute distance; et la montre à 70 centimètres à droite et à 45 c. à 50 c. à gauche. Les pressions sont positives; les tympans mobiles avec le siègle, et le Politzer qui procure une légère amélioration à gauche : tympans secs, opalescents à gauche, tendus en avant, sans vaisseau, avec

triangle lumineux vif; rien au pharynx, rien aux narines; estomac excellent, règles suffisantes.

Au cours de l'interrogatoire, on s'aperçoit des distractions de la dame; elle répond à l'idée qui la préoccupe plutôt qu'à la question posée; elle fait ainsi répéter, et dit n'avoir point entendu. — J'ordonne un traitement général, puis un peu de massage et les douches écossaises. Trois ans après, irruption de la dame terrifiée dans mon cabinet; elle devient sourde, elle perd ses oreilles, etc. — En effet, la montre n'est perçue qu'à 25 centimètres à gauche, sans que je puisse trouver dans l'état local rien qui explique ce changement. Aucun trouble autre de la fonction que son affaiblissement. (Sp. de strychnine; douches froides.)

Deux mois plus tard, la malade très gaie, bien en mine, ses lubies passées, dit son mari, a recouvré 75 à 80 centimètres à droite et à gauche; la santé physique et morale est excellente. A quelque temps de là, nouvelle visite : système nerveux en déchéance; tristesse, préoccupation, faiblesse, vapeurs, etc., et assourdissement très notable, même appréciable dans l'interrogatoire. Depuis, j'ai pu suivre cette intéressante neurasthémique, et à chaque crise de malaise général, la dominante a toujours été une préoccupation de la perte de l'ouïe, éveillée par un abaissement manifeste de l'ouïe appréciable à la montre. Or, j'ai observé ces ondulations de la courbe d'audition si caractéristiques, en l'absence d'aucun changement concomitant de l'organe, et j'ai dû admettre un affaiblissement passager du système nerveux, manifeste surtout dans l'appareil de l'ouïe, lequel n'est pas normal du côté gauche, et semble atteint de sclérose à son début.

Je pense que ces variations curieuses de la courbe d'audition forment un caractère précieux de la surdité nerveuse, et la signalent aux observateurs en l'absence des grands troubles généraux des maladies du système nerveux. Mais on doit insister sur *ce fait* qu'il faut une lésion même légère de l'appareil auditif pour que ces manifestations soient aussi remarquables.

Le Secrétaire-général,

Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
JOAL, du Mont-Dore.
JOLY, de Lyon.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
MADEUF, de La Bourboule et du Mont-Dore.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.